

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, доцент Э.А. Аскерко, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

ло обусловлено органическим эмоционально-лабильным расстройством личности.

Выводы. Полученные результаты хирургического лечения сочетанных заболеваний прямой кишки свидетельствуют о целесообразности выполнения одномоментных операций в проктологии.

Литература:

1. О целесообразности сочетанных операций у проктологических больных / В.Ю. Алипов [и др.] // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 41–43.

2. Фёдоров, В.Д. Среднетяжёлые одномоментные сочетанные операции / В.Д. Фёдоров // Хирургия. – 1993. – № 3. – С. 3–7.

3. Сочетанные заболевания анального канала / В.М. Тимербулатов [и др.] // Вестник хирургии. – 1991. – № 7. – С. 99–101.

4. Сочетанные операции при заболеваниях толстой кишки / В.М. Тимербулатов [и др.] // Вестник хирургии. – 1987. – № 4. – С. 32–33.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Зеньков А.К.,¹ Штурич И.П.,¹ Рящиков А.А.,² Москалев К.В.,¹ Украинец Е.А.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебская областная клиническая больница»²

Актуальность. В последние десятилетия продолжается рост числа пациентов желчно-каменной болезнью (ЖКБ). Операции на желчном пузыре и желчных протоках занимают первое место среди всех вмешательств на органах брюшной полости.

Наиболее тяжелыми заболеваниями внепеченочных желчных путей являются те, которые проявляются непроходимостью их с клиническим проявлением механической желтухи (МЖ), холангита и печеночной недостаточности (ПН). Проблемы диагностики, дифференциальной диагностики и хирургического лечения причин обтурации желчных путей, несмотря на достижения современной медицины, не утратили своей актуальности и в настоящее время.

Желчные камни при ЖКБ в желчных протоках обнаруживаются в 8–15% случаев, во внутрипеченочных протоках в 1% случаев (3). Частота холедохолитиаза с возрастом пациентов при ЖКБ увеличивается до 15–60%. Установлено, что у лиц пожилого возраста отмечается физиологическое увеличение поступления холестерина в желчь и снижение секреции желчных кислот, что может объяснить увеличение частоты ЖКБ в этой возрастной группе.

В настоящее время в лечении пациентов с холедохолитиазом и рубцовой стриктурой дистального отдела холедоха существует несколько

методов оперативных пособий – классическая открытая холедохолитотомия с наружным дренированием общего желчного протока, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией корзинкой «Dormia» или зондом Фогарти, различные варианты эндопртезирования, методы дробления желчных камней ультразвуком, лазером.

Цель. Оптимизировать хирургическое лечение пациентов с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и стриктурой холедоха с использованием эндоскопических технологий.

Материал и методы. Наш материал основан на анализе результатов лечения 510 пациентов с ЖКБ, холедохолитиазом и стриктурами дистального отдела холедоха, лечившихся на базе УЗ «Витебская областная клиническая больница» с 2000 по сентябрь 2012 г. Мужчин было 131, женщин – 379. Возраст пациентов был от 27 до 88 лет. У 436 из них при поступлении была диагностирована ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, МЖ (механическая желтуха).

Анализ нашего клинического материала показал, что чаще всего симптомы холедохолитиаза наслаиваются на клиническую картину калькулезного холецистита, по поводу чего пациенты обращаются за медицинской помощью. Это боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, правое надплечье, в пояс-

ническую область справа. При присоединении инфекции и возникновении холангита повышается температура и появляется желтуха (триада Шарко). Возникшие приступы холангита, как правило, повторяются. Прогноз холедохолитиаза неопределенный. Зачастую камни в протоках доставляют пациенту больше страданий, чем простой холецистолитиаз. 85 пациентов поступили в стационар с наличием МЖ давностью от 3-х дней до 2-х недель, а один (88 лет) поступил через полтора месяца с момента появления желтухи. Из них у 27 имелась в разной степени выраженная клиническая картина острого холангита (триада Шарко). При выборе диагностического алгоритма и определения хирургической тактики у пожилых пациентов принимали в расчет наличие тяжести сопутствующих заболеваний.

При обследовании пациентов кроме общеклинических методов использовали УЗИ, компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ). У 41 пациента холедохолитиаз был выявлен после ранее произведенной холецистэктомии в сроки от 1 до 5 лет. У 7 пациентов холедохолитиаз обнаружен при отсутствии камней в желчном пузыре. ЭРХПГ была произведена 590 пациентам с подозрением на наличие конкрементов в желчных протоках. Холедохолитиаз был обнаружен у 352 пациентов, при этом у 107 из них были выявлены множественные камни. Размеры их колебались от 0,4 до 2,5 см. У 158 пациентов диагностирован стеноз Фатерова сосочка и структура интрамурального отдела холедоха, из них у 52 – стеноз Фатерова сосочка в сочетании с холедохолитиазом.

ЭПСТ выполнена 510 пациентам. Из 352 пациентов по поводу холедохолитиаза литоэкстракция выполнена у 219 с помощью корзинки «Dormia», в других случаях при адекватно выполненной ЭПСТ мелкие камни самопроизвольно мигрировали в двенадцатиперстную кишку. Контроль за эвакуацией камней проводился при УЗИ.

ЭПСТ выполнена у 158 пациентов при стенозе Фатерова сосочка, из них у 52 с наличием камней в холедохе.

У пациентов ЖКБ – хроническим каль-

кулезным холециститом с наличием холедохолитиаза и стриктуры Фатерова сосочка ЭПСТ выполнялась как первый этап оперативного вмешательства, вторым этапом выполнялась лапароскопическая холецистэктомия. У 27 пациентов не удалось выполнить ЭПСТ при наличии холедохолитиаза. Причиной этому у 18 пациентов были парафатеральные дивертикулы, у 9 не удалось провести папиллотом в холедохах из-за вклиненных крупных камней в дистальном его отделе. Указанным пациентам проведена классическая открытая операция – холецистэктомия, холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха (13 пациентов), у 7 был выполнен холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову, у 7 – трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с пластикой холедоха.

Из осложнений, связанных с ЭРХПГ нами отмечены такие: острый панкреатит у 14 пациентов, в одном случае с наличием кратковременной МЖ. В результате консервативного лечения эти пациенты выздоровели.

После ЭПСТ у 3 пациентов отмечено кровотечение. У 2 пациентов в результате консервативных мероприятий кровотечение остановилось. Одного больного пришлось оперировать – лапаротомия, дуоденотомия, гемостаз путем лигирования кровоточащего сосуда. У одного пациента ЭПСТ осложнилось ретродуоденальной перфорацией холедоха. Произведена операция – лапаротомия, дренирование ретродуоденального пространства, холецистэктомия. Выздоровление.

Выводы.

1. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является наиболее щадящим методом оперативного вмешательства при холедохолитиазе и стриктурах дистального отдела холедоха.

2. Методом выбора лечения ЖКБ, хронического калькулезного холецистита с наличием холедохолитиаза или стриктурой Фатерова сосочка должна быть двухэтапная операция – ЭПСТ с литоэкстракцией и ЛХЭ.

3. При рецидивном или резидуальном холедохолитиазе методом выбора рекомендуется ЭПСТ и санация желчных протоков.

Литература:

1. Брискин, Б.С. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, ослож-

ненном механической желтухой у больных пожилого и старческого возраста / Б.С.Брискин // Анналы хирург. гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 15-19.

2. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И.Гальперин, П.С.Ветшев. – 2-е изд. – М.: Издат. Дом Видар-М, 2009. – 568 с.

3. Теремов, С.А. Результаты хирургического

лечения холедохолитиаза и его осложнений / С.А. Теремов, А.С. Мухин // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 6.

4. Лейшнер, У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей / У. Лейшнер; А.А.Шептулин (пер. с нем.). – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 264 с.

АНТИГИПОКСАНТ БЕМИТИЛ В КОРРЕКЦИИ O₂ СТАТУСА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ И КОНЦЕНТРАЦИИ МЕТАБОЛИТОВ ПРИ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Кизименко А.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В анестезиологической практике применяются препараты особой фармакологической группы – антигипоксанта, действие которых направлено на предотвращение возникновения гипоксемии. Изучение действия антигипоксанта на негативные изменения кислородного статуса крови в периоперационный период гистерэктомии основано на многолетнем опыте их использования в хирургической практике.

Цель. Уменьшить отрицательное влияние гистерэктомии на дизоксемию и концентрацию лактата артериальной крови у пациенток, подвергаемых гистерэктомии по поводу миомы матки путем применения антигипоксанта бемитила.

Материал и методы. Объектом клинического исследования являлись 50 пациенток с миомой матки и постгеморрагической дооперационной анемией, в возрасте от 36 до 58 лет. Обследуемые пациентки были разделены на две

группы: в первую группу вошли 13 пациенток, которые в периоперационном периоде получали перорально бемитил и во вторую группу - 37 пациенток, которые не получали указанный препарат. Исследования проводились на 5 этапах: при поступлении в операционную (1), после интубации трахеи (2), удаление матки (3), после экстубации (4), первые сутки после операции (5). Предоперационная подготовка, проведение многокомпонентной сбалансированной анестезии закисно-кислородной смесью с ИВЛ осуществлялось по единой методике.

В исследовании использованы лабораторные тесты, оценивающие кислородный статус артериальной крови на основе кислотно-основного состояния крови. Результаты исследований обрабатывались на персональной ЭВМ с использованием пакета анализа данных Statistica 6.0.

Таблица.

Динамика изменения кислородного статуса и лактата артериальной крови у пациенток обеих групп

Этапы	paO ₂ , mmHg		ct O ₂ (a), mL/dL		p50 (a), mmHg		paO ₂ (x), mmHg		cLactate (aP), mmol/L	
	1-я (n=13)	2-я (n=37)	1-я (n=13)	2-я (n=37)	1-я (n=13)	2-я (n=37)	1-я (n=13)	2-я (n=37)	1-я (n=13)	2-я (n=37)
1	86,64 ±3,11	87,72 ±2,84	16,91 ±1,07	14,62 ±0,76°	24,12 ±1,14	25,41 ±1,21	33,25± 1,12	30,06± 1,41°	1,06± 0,12	1,41± 0,13°
2	105,22 ±2,72†	105,24 ±3,02†	16,21 ±0,94	14,90 ±0,78°	24,96 ±1,12	25,17 ±1,11	32,14± 0,82	30,21± 1,42°	1,11± 0,12	1,62± 0,15°